

A cura dell'Organo di Coordinamento Fisac-Cgil Gruppo Crédit Agricole

## Nozioni generali

Long Term Care (LTC), termine ovviamente anglosassone, indica cure di lungo periodo; ci si riferisce pertanto a soggetti colpiti da eventi invalidanti tali da generare uno stato di non autosufficienza caratterizzata dall'impossibilità di condurre una vita autonoma.

La polizza per il settore Credito ha i suoi fondamenti nel CCNL dell'8/12/2007 che stabilì l'obbligo, a carico delle Aziende, di versare un contributo annuale<sup>1</sup> da destinare alla copertura assicurativa connessa a tali eventi.

La successiva fase di studio e di analisi portò alla stipula di un accordo nazionale con ABI il 22/12/2008 definendo le modalità di contribuzione delle Aziende, i contenuti della copertura e l'affidamento della medesima a CASDIC (Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per il Personale del Settore del Credito)<sup>2</sup>.

---

1) Dal 1° gennaio 2012 il contributo annuale a carico dell'Azienda è di € 100 procapite. Tale versamento è rilevabile ogni anno nella busta paga di gennaio come voce figurativa AS3 Long term care c/az

2) CASDIC P.za Grazioli 16 - 00186 Roma. [www.casdic.it](http://www.casdic.it)

## Destinatari

La copertura decorre per tutti i dipendenti in servizio a far data dal 01/01/2008. Sono assicurati:

- i dipendenti in servizio a tale data e assunti successivamente a tempo indeterminato, compresi gli apprendisti;
- i lavoratori a tempo determinato qualora la non autosufficienza si determini in costanza di rapporto di lavoro;
- pensionati ed esodati dal 01/01/2008, cioè dalla data di decorrenza della copertura in avanti, ad esclusione di: cessati senza diritto alla pensione o senza diritto al Fondo di sostegno al reddito, licenziati per giusta causa o giustificato motivo.

## Prestazioni

L'attuale prestazione<sup>3</sup> consiste in un **rimborso per un totale annuo massimo di € 16.800<sup>4</sup>**, a fronte di presentazione di documentazione relativa a prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali sostenute relativamente allo stato di non autosufficienza, preventivamente accertato. Per il periodo decorrente dalla presentazione della domanda e fino alla scadenza del medesimo anno di presentazione, il massimale verrà calcolato in dodicesimi di anno. A partire dall'anno successivo, e per tutta la durata dello stato di "non autosufficienza", il massimale sarà invece calcolato sulla base dell'anno solare e dunque pari a € 16.800,00.

La prestazione si applica ai sinistri manifestatasi per la prima volta a partire dal 1° gennaio 2008.

Il rimborso è erogato a partire dal manifestarsi dello stato di non autosufficienza per tutta la sua durata, purché questa sia superiore ai 90 giorni.

Le prestazioni cessano col cessare della condizione di non autosufficienza.

In altri termini la condizione di non autosufficienza dà diritto alle prestazioni dal verificarsi dell'evento fino al momento del decesso, fermo restando il mantenimento della condizione stessa.

### **Definizione di non autosufficienza**

La certificazione avviene con un metodo a punteggio, lo stesso utilizzato dal Servizio Sanitario Nazionale, che classifica le attività ricorrenti nella vita quotidiana ed assegna ad ognuna un punteggio, in relazione alla durata dell'assistenza necessaria per svolgerle.

La perdita di autosufficienza avviene quando, per un periodo superiore ai 90 giorni, la persona è incapace di svolgere da sola gli "atti elementari della vita quotidiana" di seguito indicati, necessitando quindi dell'aiuto e dell'assistenza di un'altra persona:

- **lavarsi** riferito a farsi la doccia e/o il bagno;
- **vestirsi e svestirsi** ovvero compiere le azioni indicate;
- **igiene personale** ovvero andare al bagno, igiene intima, lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi;
- **mobilità** riferito ai movimenti all'interno dell'abitazione, alzarsi dalla sedia, alzarsi dal letto;
- **incontinenza** causata dallo stato di malattia;
- **alimentazione** riferito alla consumazione di pasti e bevande.

Una commissione medica incaricata dalla CASDIC accerta il grado di autonomia del beneficiario ed assegna un punteggio secondo uno schema di valutazione funzionale. Il punteggio per ogni "atto", definito da apposite tabelle, potrà essere di 0 punti (massima autonomia), 5 punti (media) o 10 punti (dipendenza completa). Con la somma di 40 punti viene riconosciuto lo status di non autosufficienza a decorrere dalla data della richiesta.

La commissione interagisce con il paziente direttamente sul territorio ed è composta da: un geriatra, uno psicologo, un ortopedico, un cardiologo ed un medico legale.

La procedura prevede la possibilità di ricorrere avverso il giudizio della commissione medica e la revisione e controllo ogni anno.

### **Servizi di assistenza**

La copertura garantisce anche una serie di servizi aggiuntivi che sono costituiti da:

- **accesso al Network** convenzionato con MyAssistance relativo a:
  - strutture sanitarie e sociosanitarie
  - residenze socio assistenziali (RSA) pubbliche e private
  - strutture di riabilitazione e lungodegenza
  - assistenza infermieristica domiciliare
  - servizi assistenziali (badanti, aiuti domestici ecc.)
  - psicologi e psicoterapeuti per supporto post traumatico.
- **Customer Care e Centrale Operativa<sup>5</sup>** che può fornire:
  - informazione sulle strutture sanitarie convenzionate
  - informazione sulle procedure operative per apertura della pratica
  - informazione sulla gestione del paziente
  - informazione sui centri di volontariato non convenzionati

- soluzione dei problemi burocratici relativi alla pratica
- indicazioni entro 48 ore su casi concreti
- gestione dell'assistenza (ricerca del medico, interventi a domicilio ecc)
- informazione sulle forniture di beni (sedie a rotelle, materiali sanitari ecc)
- informazioni sullo stato della pratica di rimborso.

I servizi relativi al Network di My Assistance, al Customer Care Center ed alla Centrale Operativa Assistenza sopra descritti saranno erogati anche nei confronti di tutti i parenti di 1° grado dell'assistito, compresi i genitori del coniuge. **Tutti i costi e le spese resteranno a carico esclusivo dei suddetti familiari.**

### ***Come attivare le prestazioni***

Per richiedere le prestazioni<sup>6</sup> bisogna compilare il modulo di denuncia del sinistro, allegando un certificato medico attestante lo stato di non autosufficienza e una relazione medica sulle cause di perdita dell'autosufficienza, unitamente alla lettera di consenso<sup>7</sup>.

Deve essere allegata tutta la documentazione medica utile ai fini della valutazione del quadro clinico e inviata alternativamente tramite raccomandata A.R. direttamente a CASDIC, Piazza Grazioli 16 - 00186 Roma, tramite mail a [lrc@casdic.it](mailto:lrc@casdic.it) o anche tramite la stessa piattaforma Casdic.

Una volta ricevuta la documentazione CASDIC provvederà nel tempo massimo di tre mesi ad eseguire gli accertamenti necessari.

---

3) Circolare Linee Guida Casdic

4) Il massimale rimborsabile è stato definito tra Segreterie Nazionali e ABI con ultimo Verbale di Accordo del 18/12/2012.

5) Accessibile tramite numero verde 800-916045 (in funzione dal lunedì al venerdì ore 8 - 18 ed al sabato ore 8 - 12)

6) La richiesta di erogazione delle prestazioni deve essere inoltrata nel termine massimo di 2 anni dalla manifestazione dello stato di "non autosufficienza"

7) Tutta la modulistica necessaria e le informazioni aggiornate e dettagliate sono reperibili sul sito [www.casdic.it](http://www.casdic.it).

## **Consulenza medica a distanza**

(secondo parere medico - "second opinion")

La tutela della "Second Opinion"<sup>8</sup> consiste in una consulenza medica a distanza, prestata da esperti che operano presso Centro Specialistici di eccellenza internazionale, che fornisce un protocollo diagnostico-terapeutico, con la finalità di aiutare l'assistito ed il suo medico curante nel percorso di diagnosi e cura. Particolare oggetto della Second Opinion sono le condizioni cliniche complesse, in cui talora vi sono pareri medici discordanti in relazione alla diagnosi o alla terapia, e l'assistito abbia necessità di un parere specialistico di altissimo livello.

La tutela della "Second Opinion" è prestata con riferimento alle seguenti condizioni patologiche<sup>9</sup> diagnosticate

presso strutture sanitarie autorizzate:

- malattie cardiovascolari
- malattie cerebrovascolari (ictus)
- cecità
- sordità
- tumori maligni
- insufficienza renale
- trapianto di organo
- sclerosi multipla
- paralisi
- malattia di alzheimer
- malattia di parkinson
- gravi ustioni
- coma.

### **Attivazione del servizio**

Per richiedere il servizio “Second Opinion” si deve contattare la Centrale Operativa di Previmedical e inviare a Previmedical tramite CASDIC tutta la propria documentazione sanitaria (cartelle cliniche, referti, TAC, RMN ecc) ritenuta utile per l’analisi del caso, indicando eventualmente il medico curante cui fare riferimento.

---

8) Il consulto di “Second Opinion” viene fornito, tramite CASDIC, attraverso My Assistance, con la limitazione di un “secondo parere medico” per persona l’anno.

9) In ogni caso la “Second Opinion” potrà essere attivata anche per tutte quelle patologie che a giudizio della Commissione medica, preposta da My Assistance, possano essere ritenute di rilevante rischio ai fini dello stato di non autosufficienza.

## **Verifica della copertura**

È possibile verificare lo stato della propria copertura LTC [cliccando qui](#) , per ulteriori informazioni sulla copertura Long Term Care vai sul portale On Life cliccando su [Persone – Long Term Care \(credit-agricole.it\)](#) .